

JOGOK PAPIRON, SORBAN ÁLLÁS A FOLYOSÓN: KISZOLGÁLTATOTTSÁG AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS RENDSZERÉBEN

RIGHTS ON PAPER, QUEUING IN THE HALLWAY: VULNERABILITY IN THE SYSTEM OF HEALTHCARE PROVISION

Lux Botond*

Absztrakt

A tanulmány a betegjogok¹ hazai érvényesülését elemzi, az Európai Betegjogi Charta elveire is kitékintve. A cikk kitér többek között a méltóságvédelem és az önrendelkezés korlátaira, valamint a beteg idejének tiszteletben tartása, a panaszjog és az eseti kompenzáció érvényesülésének hiányosságaira. A konklúzió szerint Magyarországon elsősorban nem jogalkotási, hanem implementációs válság tapasztalható, amelynek megoldása a garanciális feltételek megteremtését igényli.

Kulcsszavak: lex imperfecta, indeterminancia hézag, Európai Betegjogi Charta, betegjogok, egészségügyi ellátórendszer, jogérvényesítés

Abstract

The study analyzes the enforcement of patients' rights in Hungary, while also considering the principles of the European Charter of Patients' Rights. The article addresses, among other topics, the limitations regarding the protection of dignity and self-determination, as well as deficiencies in the respect for patients' time, the right to complain, and the realization of compensation. The conclusion suggests that Hungary is experiencing primarily an implementation crisis rather than a legislative one, the solution to which requires the establishment of necessary guarantee conditions.

Keywords: lex imperfecta, indeterminacy gap, European Charter of Patients' Rights, patients' rights, healthcare system, enforcement of rights

1. Betegjogok jelentősége napjainkban

Jelenleg a magyar egészségügyi ellátórendszer helyzetét súlyos kihívások jellemzik, amelyeket a legfrissebb nemzetközi és hazai adatok is alátámasztanak. Az OECD Health at a Glance 2025

* Lux Botond ötödéves, nappali tagozatos joghallgató, Miskolci Egyetem, Állam-és Jogtudományi Kar, lux.boti0519@gmail.com, témavezető: Prof. Dr. Paulovics Anita, Miskolci Egyetem, Állam- és Jogtudományi Kar.

¹ A "betegjogok" terminológia kezdeti zavaró volta azon az alapvető tényen alapul, hogy a jogok absztrakt fogalmak, így nem lehetnek szó szerint betegek. Azonban a kifejezést továbbra is alkalmazom a dolgozatban, mivel a korábbi tudományos és szakirodalmi munkákban és a mindennapi nyelvhasználatban is ezt a szót használják, hogy kifejezzék a betegek jogi helyzetét és védelmét az egészségügyi ellátás során. Ezért a továbbiakban a "betegjogok" kifejezés alatt a betegek jogait fogom érteni.

jelentése rámutat, hogy Magyarországon a születéskor várható élettartam 76,7 év, ami 4,4 évvel marad el az OECD-átlagtól, miközben a megelőzhető halálozási arány Magyarországon 249/100 000 lakos volt (magasabb, mint az OECD 145-ös átlaga). A kezelhető halálozási arány 141/100 000 volt (magasabb, mint az OECD 77-es átlaga).²

Ezzel párhuzamosan a Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján rögzíthető, hogy a kórházi ágyak száma 2005-től fokozatosan csökkent.³ Ezen kritikus mutatók javulása nem remélhető kizárólag a finanszírozási környezet rendezésétől, a források szűkülése mégis meghatározó tényező, hiszen az egészségügy makrogazdasági súlya eközben jelentősen zsugorodott: a GDP-arányos kiadások mértéke a 2003-ban mért 8,1%-ról mára 6,4%-ra esett vissza.⁴

A fenti statisztikai adatok javítása egyrészt gazdasági szükségszerűség, másrészt alkotmányos kötelezettség is. A folyamat origójában maga az egészség, mint érték áll, amelyet az Alaptörvény is védelmez, hiszen kimondja, hogy minden embernek joga van a testi-lelki egészséghez. Ezen érték megőrzése és visszaszerzése elválaszthatatlan a betegjogok hatékony érvényesülésétől. Ugyanis, ahol a betegjogok sérülnek, ott csökken az ellátórendszerbe vetett bizalom, romlik a szűrési hajlandóság és a kezelési fegyelem, ami végső soron újratermeli a kedvezőtlen halálozási statisztikákat. A jogérvényesítés tehát több mint jogdogmatikai kérdés: a népegészségügyi hatékonyság és a megelőzhető halálozás csökkentésének egyik legfontosabb előfeltétele.

2. Az egészségügyi jogviszony dogmatikai alapvetései

Az egészségügyi jogviszony a modern jogrendszerekben egy összetett, sui generis jogviszonyként értelmezhető, amelyben a polgári jogi, a közigazgatási jogi és az alkotmányjogi elemek szerves egységet alkotnak. A betegjogok rendszere ezen a komplex mátrixon belül helyezkedik el, mint a gyengébb fél védelmét szolgáló garanciális normatömeg.⁵

2.1. A betegjogi szabályozás többszintű normarendszere

2.1.1. A nemzetközi jogi keretrendszer

A globális szintű védelem alapjait az ENSZ és szakosított szervezeteinek dokumentumai fektették le. A második világháborút követően a betegjogok először az orvosi etikai deklarációkban jelentek meg, majd általános emberi jogi dokumentumokban nyertek megerősítést. Kiemelendő a Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya, amely a szabad hozzájárulás nélküli orvosi kísérletek tilalmát rögzíti.⁶ A tudományos fejlődésre reagálva az UNESCO több nagy jelentőségű nyilatkozatot fogadott el, amelyek a bioetika és az emberi jogok kapcsolatát rendezik: ilyenek Az emberi génállomány és az emberi jogok egyetemes nyilatkozata, a Nemzetközi nyilatkozat a humángenetikai adatokról, valamint A

² OECD: *Health at a Glance 2025: Hungary*. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en/hungary_da09a524-en.html (letöltés ideje:2026.01.25.)

³ https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0056.html (letöltés ideje:2026.01.25.)

⁴ https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0002.html (letöltés ideje:2026.01.25.)

⁵ Egészségügyi ismeretek, tantárgyleírás, https://semmelweis.hu/emk/files/2014/02/egeszseguyi_jogi_ismeretek.pdf (letöltés ideje:2026.01.25.)

⁶ 1976. évi 8. törvényerejű rendelet az Egyesült Nemzetek Közgyűlése XXI. ülészakán, 1966. december 16-án elfogadott Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya kihirdetéséről, 7. cikk.

bioetika és az emberi jogok egyetemes nyilatkozata.⁷ Ez utóbbi globális szinten rögzíti az egyén érdekének és jólétének elsődlegességét a tudomány és a társadalom érdekeivel szemben. Ebbe a fejlődési folyamatba illeszkedik, ám az önrendelkezés dogmatikájában radikális fordulatot hozott a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény (CRPD).⁸ Hazánkban a 2007. évi XCII. törvénnyel kihirdetett egyezmény paradigmaváltást eredményezett a pszichiátriai betegek jogállásában is.

2.1.2. Az európai regionális védelem

Regionális szinten az Európa Tanács normarendszere biztosítja a legszélesebb körű védelmet. Bár az Emberi Jogok Európai Egyezménye (EJEE) nem tartalmaz kifejezetten egészségügyi tárgyú rendelkezést, az Emberi Jogok Európai Bírósága (EJEB) joggyakorlata az élethez való jog és a magánélet tiszteletben tartásához való jog kiterjesztő értelmezésével védi a betegjogokat.⁹ Ezzel párhuzamosan az Európai Szociális Karta az egészség védelméhez való jogot és a megfelelő ellátáshoz való hozzáférést garantálja.¹⁰ A terület specifikusabb kötelező erejű dokumentuma az ún. Oviedói Egyezmény, amely az emberi jogok és a méltóság védelmét szolgálja a biológia és az orvostudomány alkalmazása során, olyan alapelveket rögzítve, mint a beleegyezés szükségessége vagy a magánélet védelme.¹¹ Magyarországon a törvényi szintű kihirdetés révén a bírói jogalkalmazásban is megjelenik.

2.1.3. Az Európai Unió joganyagának szerepe

Unió szinten a közegészségügy megosztott hatáskörbe tartozik, ahol az EU támogató és összehangoló szereppel bír az EUMSZ vonatkozó rendelkezései alapján. A jogvédelem csúcsát az Európai Unió Alapjogi Chartája jelenti, amelynek 35. cikke elismeri a megelőző egészségügyi ellátáshoz és az orvosi kezeléshez való jogot.¹² A szakjogi szabályozás egyik legfontosabb eleme a 2011/24/EU irányelv, amely a határon átnyúló egészségügyi ellátásokra vonatkozó betegjogokat harmonizálja.¹³ Említést érdemel továbbá az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság (EGSZB) betegjogokról szóló véleménye is, amely nevesíti a közegészségügyi ellátás során biztosítandó konkrét jogosultságokat.¹⁴

Míg az Európai Unió Alapjogi Chartája (Nizzai Karta) 35. cikke általános jelleggel rögzíti az egészségvédelemhez való jogot és a megelőző ellátások igénybevételének lehetőségét, addig ezen alapjogok gyakorlati, betegközpontú kibontását az Active Citizenship Network által 2002-ben kidolgozott Európai Betegjogi Charta végezte el.

⁷ ZAKARIÁS Kinga: *Betegjogok*, in JAKAB András - KÖNCZÖL Miklós - MENYHÁRD Attila - SÜLYOK Gábor (szerk.): *Internetes Jogtudományi Enciklopédia*, 2023, (7.) <https://real.mtak.hu/163237/1/betegjogok.pdf> (letöltés ideje: 2026. 02. 03.)

⁸ 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről

⁹ ZAKARIÁS: i. m. 10. bekezdés

¹⁰ 1999. évi C. törvény az Európai Szociális Karta kihirdetéséről, 11. és 13. cikk.

¹¹ 2002. évi VI. törvény az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására való tekintettel történő védelméről szóló, Oviedóban, 1997. április 4-én kelt Egyezménye: *Az emberi jogokról és a biomedicináról szóló Egyezmény kihirdetéséről*.

¹² Az Európai Unió Alapjogi Chartája (2012/C 326/02), 35. cikk.

¹³ Az Európai Parlament és a Tanács 2011/24/EU irányelve (2011. március 9.) a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről.

¹⁴ Az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság véleménye a következő tárgyban: „A betegek jogai”, (2008/C 10/18).

Fontos dogmatikai tisztázást igényel, hogy az Európai Betegjogi Charta eredetét tekintve civil kezdeményezés, az európai jogforrási hierarchiában soft law dokumentumnak minősül. Ez azt jelenti, hogy önmagában nem rendelkezik közvetlen törvényi kényszerítő erővel, azonban normatív tartalma az uniós tagállamok jogalkotása számára irányadó.

A Charta jelentősége abban áll, hogy az elvont alapjogokat tizennégy konkrét betegjogra fordítja le, amelyek az európai egészségügyi rendszerek átalakulása során zsinórmértékként szolgálnak. A dokumentum tehát tizennégy jogot nevesít, amelyek célja a magas színvonalú egészségvédelem biztosítása az Unió teljes területén: A megelőzési vizsgálatokhoz való jog, a hozzáféréshez való jog, az információhoz való jog, a hozzájárulási jogosultság, a szabad választás joga, a titoktartás és a bizalmas adatkezelés biztosításának joga, a beteg rendelkezésére álló idő figyelembe vételének kötelezettsége, a színvonalas szolgáltatás követelménye, a biztonság követelménye, az innováció követelménye, a felesleges fájdalmak elkerülésének joga, a személyre szabott kezelés joga, a panasznyújtás joga és végül az eseti kompenzáció joga.¹⁵

Továbbá a Charta felhatalmazza a magánszemélyeket és civil szervezeteket, hogy közérdekű tevékenységet végezzenek a betegjogok védelmében, amelyet a hatóságoknak támogatniuk kell. Ez a jogosultság magában foglalja a szabad információáramlást, az intézmények ellenőrzését, valamint a jogsértések elleni közvetlen fellépést és véleményezést. Emellett biztosítja a jogot arra is, hogy az állampolgárok partnerként részt vegyenek az egészségügyi jogszabályok megalkotásában és a közpolitikák értékelésében.

2.1.4. A hazai szabályozási környezet

A magyar jogrendszerben a hierarchia csúcsán az Alaptörvény áll, amely az emberi méltóság sérthetlensége mellett kifejezetten elismeri az egészséghez való jogot (XX. cikk), valamint rendelkezik a testi és lelki egészséggel kapcsolatos munkafeltételekről és szociális biztonságról.¹⁶ A betegjogok részletes, törvényi szintű kodifikációját az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) tartalmazza.¹⁷ A jogszabály mérföldkőnek tekinthető a magyar jogtörténetben, hiszen elsőként szentelt önálló fejezetet a betegjogoknak, valamint éles paradigmaváltást valósított meg a korábbi, 1972. évi II. törvény paternalista szemléletéhez képest.¹⁸ Az új szabályozás normatív szinten az alá-fölrendeltségen alapuló orvos-beteg kapcsolat helyett a partneri viszony, valamint a beteg autonómiájának tiszteletben tartását jelölte ki irányadóként, még akkor is, ha ezen elvek gyakorlati transzformációja és teljes körű érvényesülése az ellátórendszer mindennapjaiban nem tekinthető minden esetben hiánytalanak.

Ezt a keretrendszert egészíti ki az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (Eüak.), biztosítva az információs önrendelkezési jog érvényesülését az egészségügyben.¹⁹

A szabályozás azonban nem áll meg a kerettörvények szintjén. Az ellátáshoz való jog érvényesülésének anyagi garanciáit a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) teremti meg.²⁰

¹⁵ Európai Betegjogi Charta.

¹⁶ Magyarország Alaptörvénye, XX. cikk (1) bek., XVII. cikk (3) bek., XIX. cikk (1) bek.

¹⁷ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.

¹⁸ SÁNDOR Judit: A betegek jogainak kodifikálásáról, *Fundamentum*, 1997/1, 87-88.

¹⁹ 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről.

²⁰ 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól

A mindennapi betegellátás szintjén a jogszabályi kereteket a szakmai és etikai normák töltik meg tartalommal. Ide soroljuk az Egészségügyi Szakmai Kollégium iránymutatásait és módszertani ajánlásait, az intézmények belső szabályzatait, valamint a deontológiai normákat, melyek közül kiemelkedő jelentőséggel bír a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Etikai Kódexe.

3.A garanciális normatömeg

3.1. A gyógykezelési jogosultság dogmatikai tartalmának vizsgálata

Az 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) alapján az egészségügyi ellátáshoz való jog nem abszolút szerkezetű, hanem egy négypilléres szakmailag megfelelő, folyamatosan hozzáférhető, diszkriminációmentes és az egészségi állapottal indokolt rendszerben értelmezhető.²¹ A jogérvényesítés azonban szükségszerűen beleütközik a szűkösség korlátjába, ahol a kapacitáshiány és a szakmai szabályok jelölik ki a betegjogok tényleges terjedelmét.

A jogirodalomban gyakran hivatkozott szabad orvosválasztás joga kiválóan szemlélteti ezt a kettősséget. Bár a törvény lehetővé teszi a választás szabadságát, a gyakorlatban ez nem alanyi jogként, hanem szakmai és szervezeti feltételekkel terhelt lehetőségként viselkedik. A választás szabadsága megszűnik ott, ahol a szakmai kompetencia, vagy az életmentés sürgőssége felülírja az egyéni preferenciákat. Szintén erős korlátot képez a területi ellátási kötelezettség rendszere, amely a közfinanszírozott ellátásban a lakóhelyhez köti a betegeket, valamint az orvos szerződési szabadsága, amely lehetővé teszi a beteg visszautasítását bizalmi vagy kapacitásbeli okokból. Azonban ezek a korlátok nem önkényes jogfosztások, hanem a rendszer működőképességét szolgáló garanciák.

A betegjogok érvényesülésének egyik legérzékenyebb pontja a második orvosi véleményhez való jog. Bár ez a jogintézmény a tévedés kockázatának csökkentését és a terápiás alternatívák feltárását szolgálja, Magyarországon a joggyakorlatban marginális maradt. Míg a német jogrendszerben²² bizonyos esetekben az orvos proaktív tájékoztatási kötelezettséggel tartozik e jogról, addig hazánkban a „másodvélemény-kultúra” hiánya és az adminisztratív akadályok miatt a betegek alig élnek vele. A panaszügyek elenyésző aránya is arra utal, hogy a jogintézmény inkább elméleti lehetőség, mintsem gyakorlatban ténylegesen létező.²³

Az ellátáshoz való jog időbeli dimenzióját a várólisták szabályozzák. A magyar rendszer hármas tagozódása (országos, intézményi várólista és betegfogadási lista) elvileg biztosítja a szakmai indokoltság szerinti sorrendet. A NEAK nyilvános adatbázisai révén a transzparencia biztosított, ugyanakkor a várólista pusztán létezése is jelzi: az állam az ellátási igényeket csak időbeli eltolással, allokációs mechanizmusok közbeiktatásával tudja kielégíteni.²⁴

3.2. Méltóság védelem érvényesülése az egészségügyi jogviszonyokban

Az egészségügyi ellátás során érvényesülő betegjogok központi eleme az emberi méltósághoz való jog. Ez az Alaptörvény II. cikke által deklarált, minden embert megillető jogosultság az alkotmányjogi értelmezés szerint ún. „anyajog”, amely abszolút jellegű, tehát korlátozhatatlan.

²¹ Eütv. 7.§ (1)

²² Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), § 27b Zweitmeinung. (A 2026. 01. 28-án hatályos időállapot szerint)

²³ Integrált Jogvédelmi Szolgálat : Az Integrált Jogvédelmi Szolgálat 2016. évi beszámolója. https://www.ijsz.hu/UserFiles/ijisz-2016_eves_beszamolo-szoveg.pdf (letöltés ideje: 2026.01.28.)

²⁴ 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól

Az egészségügyi jogviszonyok speciális természetéből fakadóan, ahol a beteg kiszolgáltatottsága eleve adott, e jog védelme fokozott jelentőséggel bír. Különösen igaz ez a pszichiátriai betegek esetében, akiknél a jogalkotó az 1997. évi CLIV. törvény 10. §-ában rögzített garanciális szabályokon túl további védvonalakat húz.²⁵

A jogalkotó a korlátozó intézkedéseket ultima ratio jellegű beavatkozásként kezeli: kizárólag a beteg vagy mások testi épségének védelmében, sürgős szükség esetén alkalmazhatók. A garanciális szabályrendszer része a szigorú dokumentációs kötelezettség: a korlátozást főszabályként orvos rendeli el, annak indokát és időtartamát rögzíteni kell. Bár a szakápoló ideiglenes intézkedési jogkörrel rendelkezik, ez csak orvosi jóváhagyással válik véglegessé; ennek hiányában a korlátozást haladéktalanul meg kell szüntetni. Ez az eljárásrend hivatott megakadályozni a büntető vagy fegyelmező célú, megalázó bánásmódot.²⁶

A méltóságvédelem nemcsak a fizikai integritásra, hanem az ellátás időbeliségére is kiterjedhet. Az Eütv. 10. § (6) bekezdése értelmében a beteg várakoztatása csak méltányolható okból történhet. E jogszabályi rendelkezés és a valóság közötti diszkrepancia azonban rendszerszintű problémákat vet fel. A NEAK adatai alapján megállapítható, hogy a várólisták duzzadása kritikus méreteket öltött, hiszen Észak-Közép-Magyarországon a 60 napot meghaladóan várakozó betegek száma a 4700 főt is meghaladja.²⁷

A méltóság tiszteletben tartása a beteg szeméremérzetének védelmét és a megfelelő hangnemet is magában foglalja.²⁸ A vizsgálatok során a ruházat eltávolítása csak a szakmailag indokolt minimumra korlátozódhat, biztosítva az elkülönített környezetet. Ez a követelmény oktatókorházi környezetben kiegészül a tájékoztatáson alapuló beleegyezés követelményével.

Szintén a méltóságvédelem körébe tartozik a beteg megszólítása. A személytelen, tárgyiasító kifejezések használata növeli a kiszolgáltatottság érzését. Ezzel szemben a partneri viszonyon alapuló, tiszteletteljes kommunikáció növeli a betegbiztonságot és a terápia iránti bizalmat, így a jogi norma betartása közvetlen hatással van a gyógyítás eredményességére is.²⁹

3.3. A hozzátartozói jelenlét jogi dogmatikája és intézményi realitása

Az egészségügyi törvény (Eütv.) 11. §-a rögzíti a kapcsolattartás jogát, ezáltal a beteg a gyógykezelés ideje alatt sem szakítható ki teljesen szociális környezetéből. A jogalkotó garantálja a hozzátartozókkal való szóbeli és írásbeli érintkezést, valamint a hitélet gyakorlásának lehetőségét, ugyanakkor e joggyakorlás korlátját a betegtársak jogainak tiszteletben tartásában jelöli meg.³⁰ A kapcsolattartás joga magában foglalja az információs önrendelkezés negatív oldalát is: a beteg jogosult rendelkezni arról, hogy tartózkodásáról vagy állapotáról az intézmény harmadik félnek ne adjon tájékoztatást.

A jogszabály különös védelmet biztosít a „súlyos állapotú” betegeknek, akiket a törvényi definíció a fizikai önellátásra való képtelenséggel vagy pszichés krízishelyzettel ír le. Ezen esetkörökben a jogalkotó áttöri a klasszikus látogatási rend korlátait, és lehetővé teszi a megjelölt személy 24 órás, folyamatos jelenlétét.³¹ Hasonlóan kiemelt státuszt élveznek a

²⁵ BALOGH-BÉKESI Nóra - BALOGH Zsolt: Alapvető személyi jogok és szabadságok, in: *Alkotmányjog* (szerk.: Cserny Ákos), NKE Szolgáltató Kft., Budapest, 2013, 192-195.

²⁶ Eütv. 10. §

²⁷ NEAK: Várólisták hosszának lekérdezése https://jogviszony.neak.gov.hu/varolista_pub/varolistak-hosszanak-lekerdezese/?ocsk=O20 (letöltés ideje: 2026.01.28.)

²⁸ SÁNDOR, i.m., 90.

²⁹ POLECSÁK Mária: *A beteg jogai*, Vince Kiadó, Budapest, 2001, 34.

³⁰ Eütv. 11. §

³¹ Eütv. 11. §

kiskorú betegek: a szülői felügyeleti jogból és a gyermek érdekeiből fakadóan a törvényes képviselő jogosult a gyermek mellett tartózkodni.³²

Bár a normatív keretek látszólag széles körű jogosultságokat biztosítanak, a joggyakorlatban súlyos érvényesülési deficit figyelhető meg a kapcsolattartási jog gyakorlása során. A jogirodalom ezt a jelenséget indeterminencia-hézagoknak³³ nevezi: a jogalkotó deklarálja a jogot, de a jogszabályi tartalom nem rendezi a végrehajtás részleteit és minimálfeltételeit. Jogelméleti szempontból ez a szabályozási technika a jogbiztonság követelményét veszélyezteti. A jogállamiság elvéből fakadóan a jogszabályoknak ugyanis nemcsak normatívnak, hanem kiszámíthatónak és végrehajthatónak is kell lenniük. Amikor a jogalkotó egy alanyi jog gyakorlását tárgyi feltételekhez köti, de azok biztosítását nem írja elő, *lex imperfecta*-t alkot.³⁴ Ilyenkor a jog érvényesülése esetlegessé válik.

3.4. A távozási jog gyakorlásának garanciális szabályai

Az egészségügyi önrendelkezési jog egyik legmarkánsabb gyakorlati vetülete a gyógyintézet elhagyásának joga. Ez a jogosultság a személyi szabadság elvén alapul: a beteg nem „fogoly”, így főszabály szerint bármikor dönthet úgy, hogy megszakítja az intézményi ellátást. E szabadság azonban nem abszolút; a törvényhozó korlátot állít fel ott, ahol az egyén szabadsága mások egészségét veszélyeztetné. A járványügyi érdekből fenntartott kényszerű bent tartózkodás klasszikus példája az egyéni jogok közérdekű korlátozásának.³⁵

A jogviszony lezárása kölcsönös együttműködést feltételez. A beteg részéről ez a kezelőorvos tájékoztatását jelenti, míg az intézmény oldaláról szigorúbb garanciális szabályok érvényesülnek. Amennyiben a kórház kezdeményezi a jogviszony megszüntetését, úgy a lehetőség szerinti 24 órás előzetes értesítési kötelezettség a beteg szociális biztonságát szolgálja, időt hagyva a hazajutás és az otthoni ápolás logisztikai megszervezésére.³⁶

Kiemelendő a tájékoztatáson alapuló beleegyezés elve a távozáskor is: a beteget fel kell világosítani a korai távozásból eredő egészségügyi kockázatokról és szövődményekről. Ez a „saját felelősségre” történő távozás jogi alapja, amely alól azonban kivételt képeznek például az akut mentális zavarral küzdő, belátási képességükben korlátozott betegek.

A távozási jog korlátlan érvényesítése a gyakorlatban az úgynevezett „forgóajtó-effektus” veszélyét hordozza magában. Bár a szakirodalom ezt a fogalmat főként a pszichiátriai betegek vissza-visszatérő állapotromlására használja, a probléma ugyanúgy érinti a krónikus szomatikus betegeket is. A kezelés idő előtti megszakítása ugyanis gyakran gyors állapotromláshoz, majd ismételt immár súlyosabb állapotban történő kórházi felvételhez vezet.³⁷

Gyakori eset, hogy a beteg kötelezettségét megszegve, bejelentés nélkül hagyja el az intézményt. Ilyenkor az egészségügyi szolgáltató felelőssége a dokumentációra korlátozódik, ám a beteg állapotától függően ez kiegészülhet jelzési kötelezettséggel a hatóságok felé.³⁸

³² POLECSÁK i.m., 36.

³³ SZABÓ Miklós: *Ars Iuris. A jogdogmatika alapjai*, Bíbor Kiadó, Miskolc, 2005, 111.

³⁴ FÖLDI András - HAMZA Gábor: *A római jog története és intézményei*, Novissima Kiadó, Budapest, 2013, 79.

³⁵ Eütv. 12.§

³⁶ BARZÓ Tímea: *A gyermekek jogainak érvényesülése az egészségügyben - különös tekintettel az Ottawai Deklaráció alapelveire 1. rész, Családi Jog*, 2008/3, 12-16. <https://szakcikkadatbazis.hu/doc/6580492> (letöltés ideje: 2026. január 29.)

³⁷ CHOI Mark et al.: *Readmission Rates of Patients Discharged against Medical Advice: A Matched Cohort Study*, *PLoS ONE* 2011/9

³⁸ BARZÓ, i.m., 12-16.

3.5. Az informált beleegyezés doktrínája

A későbbiekben bemutatásra kerülő önrendelkezési jog gyakorlása illuzórikus marad, amennyiben hiányzik mögüle a megfelelő információs háttér, így a tájékoztatáshoz való jog elsődleges funkciója az orvos és beteg közötti szakmai, illetve információs aszimmetria csökkentése. Az Eütv. ennek érdekében írja elő a beteg intellektuális állapotához, életkorához és iskolázottságához igazított, egyéniesített kommunikációt, amely lehetővé teszi, hogy a páciens saját értékrendje szerint mérlegelhesse a beavatkozás előnyeit és hátrányait. A tájékoztatási kötelezettség dogmatikai magja a döntési relevanciával bíró tények közlése: ez magában foglalja a diagnózison és a terápia menetén túl a beavatkozás elmaradásának következményeit, a lehetséges alternatívákat, valamint a jogviták leggyakoribb forrásaként a kockázatok részletes ismertetését is.³⁹

E jog érvényesülése a klinikai gyakorlatban azonban nem abszolút, hanem számos objektív és szubjektív feltételhez kötött, melynek jogbiztonsági alapját a folyamat precíz rögzítése teremti meg. Tekintettel arra, hogy a későbbi jogviták során főként az írott orvosi dokumentáció bizonyító ereje dönt, az adminisztrációs fegyelem a betegjogok érvényesítésének technikai előfeltételévé válik. Különös dogmatikai megfontolást igényel a cselekvőképtelen betegek helyzete, ahol a törvényes képviselő helyettes döntési joga nem korlátlan, nem eredményezhet a betegre nézve súlyos egészségkárosodást. A szabályozás az objektív életvédelmet a szubjektív hozzátartozói akarat elé helyezi. A joggyakorlás végső kereteit pedig az orvosi jogviszony jellege határozza meg, mivel az ellátás polgári jogi értelemben gondossági és nem eredménykötelem, az egyéni autonómia nem kényszerítheti ki a szakmai szabályokkal vagy a jogrenddel ellentétes igények például az aktív életbefejezés teljesítését.⁴⁰

Az információs önrendelkezés magában foglalja a „nem tudás jogát” is. Az Oviedói Egyezmény és az Eütv. szinkronban teszi lehetővé, hogy a cselekvőképes beteg lemondjon a tájékoztatásról, kivéve, ha ez mások jogait sértené. Különös jogi helyzetet teremtenek azok az esetek, ahol a beteg beleegyezése nem feltétele az ellátásnak (pl. pszichiátriai kényszerkezelés, életmentő beavatkozás). Az Eütv. garanciális szabálya szerint a tájékoztatáshoz való jog ilyenkor is megilleti a beteget.⁴¹

3.6. A voluntas aegroti jogi vetületei

Az egészségügyi jogviszony meghatározó eleme a beteg önrendelkezési joga, amely az emberi méltóságból fakadó, kizárólag törvényi szinten korlátozható jogosultság.⁴² A jogirodalom e jogintézményt kettős értelemben definiálja: tágabb értelemben magában foglalja az ellátás teljes spektrumát, míg szűkebb értelemben a gyógykezeléshez való hozzájárulás aktusát jelöli.⁴³

A beteg önrendelkezési jogának gyakorlása során a beleegyezés kinyilvánítása nem kötött merev alakszerűségekhez, kivéve az invazív beavatkozásokat. A beleegyezés alaki követelményei a beavatkozás súlyához igazodnak. A törvény elismeri a ráutaló magatartással tett nyilatkozatot, a beteg kooperatív viselkedése önmagában is beleegyezésnek minősülhet.⁴⁴ E körben a gyakorlatban számos olyan magatartás azonosítható, amely érvényes

³⁹ Eütv. 13. § (2)

⁴⁰ PETKÓ Mihály: Egészségügyi szolgáltatások és a beteg önrendelkezési joga, *Gazdaság és Jog* 2013/12, 14-18.

⁴¹ POLECSÁK i.m., 38.

⁴² Eütv. 15. § (1)

⁴³ POLECSÁK i.m., 39.

⁴⁴ Eütv. 15. § (4) bek.

hozzájárulásnak tekinthető. Ilyen például a diagnosztikai testhelyzet önkéntes felvétele, amikor a beteg a radiológiai vizsgálat során az asszisztens utasítására a megfelelő pozícióba áll a röntgenkazetta elé, vagy ultrahangvizsgálatnál kérés nélkül szabaddá teszi az érintett testtájékot.⁴⁵ Hasonlóan a beteg hallgatólagos beleegyezését fejezi ki például azzal, ha nyugalmi állapotban marad, miközben az ápoló felhelyezi a vérnyomásmérő mandzsettáját vagy az EKG-elektrodákat. Szintén aktív közreműködésnek minősül a szakorvosi konzultáció során a panaszok önkéntes feltárása, vagy a célzott kérdésekre adott válaszok sora, amely a vizsgálat elvégzéséhez való hozzájárulást is magában foglalja. Végezetül a mintavétel segítése, így a mintatartó edény átvétele és a vizeletminta önkéntes leadása a laboratóriumban szintén olyan tény, amely kétséget kizáróan igazolja a diagnosztikai eljárásba való beleegyezést.⁴⁶

Azonban a bírói gyakorlat szigorú követelményeket támaszt a ráutaló magatartással történő beleegyezés érvényességével szemben, különösen olyan visszafordíthatatlan beavatkozások esetén, mint a foghúzás. A Kúria a Pfv.III.21.161/2020/7. számú ügyben elvi érveléssel mutatott rá, hogy a beteg pusztán passzivitása nem tekinthető nyilatkozatnak, amennyiben az akarati szabadsága korlátozott. A konkrét esetben a bíróság megállapította, hogy nem minősül ráutaló magatartással megadott beleegyezésnek az, ha a páciens az érzéstelenítő hatása alatt állva nem tanúsít ellenállást az egyes fogai eltávolításával szemben. A döntés indokolása szerint az öntudatlan vagy bódult állapotban lévő beteg „nem-ellenzése” nem pótolja a tájékozott beleegyezést, mivel a ráutaló magatartás alapfeltétele a beteg tudatos, aktív és félreérthetetlen együttműködése.⁴⁷

Az önrendelkezési jog egyik legkényesebb területe a beavatkozás kiterjesztése, amikor a beteg nincs döntési helyzetben. A törvény itt két esetkört különböztet meg a szükségesség-arányosság elve alapján. Az első esetkör az előre nem látható, de szervvesztéssel nem járó kiterjesztés. Ez akkor jogszerű, ha sürgős szükség indokolja, vagy ha a beavatkozás elhalasztása a betegre nézve aránytalanul súlyos terhet róna. A második, szigorúbb esetkör a szervkivétel vagy funkcióvesztéssel járó kiterjesztés. Itt a jogalkotó a beleegyezés hiányát csak közvetlen életveszély elhárítása érdekében, vagy az aránytalanul súlyos teher elkerülése végett engedi pótolni.⁴⁸

3.7. A visszautasítás joga mint feltételes autonómia

Az önrendelkezési jog negatív oldalaként minden cselekvőképes személyt megillet az egészségügyi ellátás visszautasításának joga, feltéve, hogy annak elmaradása mások életét vagy testi épségét nem veszélyezteti. E jogosultság ugyanakkor nem abszolút: fontos korlátot jelent például a magzat élethez való joga várandós beteg esetén, valamint kiskorúaknál a háziorvosi és védőnői ellátás kötelező jellege. Az életfenntartó vagy életmentő beavatkozások visszautasítása szigorú alaki feltételekhez kötött; a nyilatkozatot közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban, vagy írásképtelenség esetén két tanú előtt kell megtenni. A folyamat garanciális eleme a háromtagú orvosi bizottság vizsgálata, amelynek egyhangúlag kell nyilatkoznia a beteg belátási képességéről. A 117/1998. (VI. 16.) Korm. rendelet alapján a bizottság komplex módon elemzi, hogy a páciens képes-e mérlegelni döntése következményeit.⁴⁹

⁴⁵ ZÁKÁNY Judit: A beteg önrendelkezéshez való jogának törvényi tartalma és megjelenése a bírói gyakorlatban, *Debreceni Jogi Műhely*, 2023/1-2, 145-172. <https://doi.org/10.24169/DJM/2023/1-2/7> (letöltés ideje: 2026.01.30.)

⁴⁶ DÓSA Ágnes (szerk.): *A vállalkozó orvosok nagy kézikönyve*, Wolters Kluwer, Budapest, 2011, 574.

⁴⁷ JULESZ Máté: Polgári jogi felelősségi kérdések a fogorvos-beteg jogviszonyban, *Magyar Jog*, 2024/2, 80-87.

⁴⁸ POLECSÁK i.m., 39-40.

⁴⁹ 117/1998. (VI. 16.) Korm. rendelet egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályairól

Az Eütv. 20. § (3) bekezdése szigorú feltételt szab: életmentő beavatkozás csak akkor utasítható vissza, „ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül - megfelelő egészségügyi ellátás mellett is - halálhoz vezet és gyógyíthatatlan.”

Dósa Ágnes⁵⁰ kritikai észrevétele rámutat, hogy ez a megfogalmazás fogalmi halmozás: a „súlyos” és „gyógyíthatatlan” jelzők feleslegesek, hiszen, ha egy betegség a kezelés ellenére is hamar halállal végződik, az definíció szerint súlyos és gyógyíthatatlan. A visszautasításnak tehát egyetlen valódi jogi feltétele van: a szakszerű ellátás ellenére is rövid időn belül (hetek, hónapok) bekövetkező halál ténye.⁵¹

3.8. A beteg betekintési joga és az elektronikus egészségügyi nyilvántartások

Az egészségügyi szolgáltatókat alapvető dokumentációs kötelezettség terheli, amelynek értelmében a beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos összes releváns adatot hitelesen és a valóságnak megfelelően rögzíteni kell. E kötelezettség tükörképe a beteg megismeréshez való joga, amely feljogosítja a páciens a róla készült dokumentációba való betekintésre, az adatokról szóló tájékoztatás kérésére, valamint arra, hogy saját költségén másolatot készíttessen a leleteiről. Az önrendelkezés körébe tartozik továbbá a pontatlan adatok kijavításának vagy kiegészítésének kezdeményezése is. Az ellátási folyamat mérföldköveihez rögzített jogosultságok kapcsolódnak: a fekvőbeteg-ellátás befejezésekor a beteg zárójelentésre, míg a járóbeteg-szakellátás végén ambuláns lapra jogosult.

E jogkörök gyakorlása nem korlátozódik a személyes jelenletre, hanem írásbeli meghatalmazás útján is érvényesíthető, sőt, a beteg halála után különös méltánylást érdemlő szabály alapján a törvényes képviselő, a közeli hozzátartozó és az örökös is jogosulttá válik a releváns egészségügyi adatok megismerésére.⁵²

Ezen alapjogok érvényesülése az EESZT és a 2023-tól elérhető „EgészségAblak” alkalmazás révén szintet lépett, különös tekintettel a digitális képtovábbítási szolgáltatással kapcsolatban vezetett nyilvántartásba.⁵³ Ez a technológiai előrelépés alapjaiban írta felül a korábbi gyakorlatot, ahol a beteg a Röntgen-, CT- vagy MR-felvételeit fizikailag volt kénytelen hordozni az intézmények között. A digitális képalkotó modul révén a felvételek azonnal elérhetővé válhatnak a EESZT-ben⁵⁴. Bár a Madarászné Ifju Bernadett által jelzett adatvédelmi aggályok a hatalmas adatmennyiség tárolása kapcsán továbbra is relevánsak,⁵⁵ a rendszer transzparenciája teljes körű naplózás révén biztosítja, hogy a beteg pontosan lássa, mely orvos tekintett bele a felvételeibe.⁵⁶ Ugyanakkor a gyakorlati tapasztalatok rávilágítanak, hogy a technológia önmagában nem elegendő: a képek feltöltésének elmaradása vagy a technikai inkompatibilitás esetenként továbbra is korlátozhatja az érintettek alapjogainak maradéktalan érvényesülését.

3.9. A bizalmi viszony jogi garanciája

⁵⁰ DÓSA Ágnes: *Az orvos kártérítési felelőssége*, HVG-ORAC, Budapest, 2004, 248-249.

⁵¹ MOLNÁR Hella: Az ellátás visszautasítása jogának egyes kérdései - az Alkotmánybíróság határozataira és a Ptk. cselekvőképességre vonatkozó megújult szabályaira figyelemmel, *Állam- és Jogtudomány*, 2016/4, 75-90.

⁵² Eütv. 24. §

⁵³ 39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelet 19. §

⁵⁴ 39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelet 20/A. §

⁵⁵ MADARÁSNÉ IFJU Bernadett: Az Egészségügyi Elektronikus Szolgáltatási Térrel kapcsolatos tervezetre tett észrevételek, *Infokommunikáció és Jog* 2014/1, 39-43.

⁵⁶ Eüak. 35/B. §

Az orvosi titoktartás nem pusztán szakmai etikai parancs, hanem az Alaptörvényben gyökerező jogosultság. Az Alaptörvény VI. cikke kettős védelmet biztosít: az (1) bekezdés az egészségügyi adatok megszerzésétől, a (3) bekezdés pedig azok visszaélészerű felhasználásától óvja az egyént.⁵⁷ Ezen alapokon nyugszik az Eütv. 25. §-a, amely a beteg számára biztosítja az információs kontrollt, ő határozza meg azt a személyi kört, amely jogosult az állapotával kapcsolatos adatok megismerésére, és negatív irányban is rendelkezhet, azaz konkrét személyeket zárhat ki a tájékoztatásból. E kizárás joghatása abszolút jellegű az érintett harmadik fél számára sem a kórházi tartózkodás ténye, sem a diagnózis, sem a dokumentáció nem adható ki.

A titoktartási kötelezettség időbeli korlát nélkül terhel minden szereplőt, aki az ellátás során információhoz jut. A jogintézmény azonban nemcsak az adatokra, hanem az ellátás fizikai körülményeire is kiterjed.⁵⁸ A vizsgálat intimitásának védelme megköveteli, hogy azon csak a szükséges személyzet legyen jelen, és a beavatkozás „zárt ajtó” mögött, illetéktelenek látásától és hallásától elzárva történjen. Természetesen a jog nem abszolút: a közérdek, a bűnüldözés vagy az igazságszolgáltatás érdeke áttörheti a korlátozást.⁵⁹

10. A betegjogi érdekérvényesítés szervezeti keretei és függetlenségi aggályai

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során felmerülő jogsérelmek orvoslásának elsődleges szintje a panaszjog. Ez a jogosultság nem csupán a beteg szubjektív elégedetlenségének kifejezése, hanem egy törvényileg szabályozott, eljárási garanciákkal bástyázott jogintézmény. A hatályos szabályozás értelmében a beteg panaszával közvetlenül a szolgáltatóhoz vagy annak fenntartójához fordulhat. E panaszkezelési kötelezettség nem opcionális: a szolgáltatót szigorú ügyintézési határidő és írásbeli tájékoztatási kötelezettség terheli. A belső vizsgálat azonban természeténél fogva korlátozott lehet, hiszen a szolgáltató saját ügyében jár el. Éppen ezért a jogrendszer biztosítja a panaszjog szubszidiaritását: a belső eljárás nem zárja ki más jogorvoslati fórumok igénybe vételét.

A jogvédelem második védvonalát a betegjogi képviselői hálózat jelenti. A jogszabályi előírásoknak megfelelően e jogvédelmi szereplő elérhetőségét az intézményekben transzparens módon, jól látható helyen kell közzétenni, biztosítva a hozzáférést a laikus közönség számára is. A képviselő feladata kettős: egyrészt segíti a beteget a panasz megfogalmazásában és az eljárás kezdeményezésében, másrészt mediátorként léphet fel a felek között. A jogintézménynél azonban felmerül a hatékonyság és a függetlenség kérdése. Bár a jogszabályok rögzítik az összeférhetlenségi szabályokat, a rendszer strukturális felépítése dogmatikai aggályokat vet fel.⁶⁰

4. Diszkrepanciák az európai zsinórmérték és a hazai joggyakorlat között

Noha az Európai Betegjogi Charta nem rendelkezik közvetlen törvényi kötőerővel, előremutató rendelkezései révén mégis olyan etikai és szakmai mércét állít, amelyhez a modern egészségügyi rendszereknek igazodniuk kellene. A hazai betegjogokat e mércéhez viszonyítva három olyan kardinális területet azonosítottam, ahol a magyar rendszer leginkább adós marad.

⁵⁷ Magyarország Alaptörvénye VI. cikk

⁵⁸ KÖSZEGFALVI Edit: *Egészségügyi és betegjogi kézikönyv*, KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft., Budapest, 2001, 83.

⁵⁹ POLECSÁK i.m., 52.

⁶⁰ Integrált Jogvédelmi Szolgálatról szóló 381/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet 6. §

Az ellátórendszer súlyos működési zavarát jelzi, hogy sorozatosan sérül a beteg rendelkezésére álló idő figyelembevétele. Ez a gyakorlat nem csupán kényelmetlenség, hanem visszafordíthatatlan egészségkárosodást okoz, miközben a magánszektor felé tereli a fizetőképes réteget, végleg kettészakítva ezzel a betegtársadalmat.

A panaszjog érvényesülése illuzórikus, a rendszerben a betegjogi képviselői hálózat súlytalan. Valódi hatósági jogkörök híján az eljárások formálissá válnak, ahol a belső vizsgálatok szinte automatikusan az intézményt igazolják. A betegek érdemi elégtétel helyett bürokratikus elutasítást kapnak, ami nem a minőségjavítást, hanem a fennálló hibák konzerválását eredményezi.

Végezetül az eseti kompenzációhoz való jog érvényesülése vet fel súlyos jogállamisági aggályokat. Az „ésszerű időn belüli” kártérítés elve a magyar joggyakorlatban rendszerszinten sérül: a műhibaperek⁶¹ átlagosan 5-8, de olykor 10 évig is elhúzódnak. A peren kívüli megegyezések kultúrájának hiánya és az intézmények „kifárasztásra” építő stratégiája miatt a rehabilitációra szoruló károsultak a legkritikusabb időszakban maradnak anyagi segítség nélkül. A helyzetet az igazságügyi szakértői hálózat csendes összeomlása teszi kilátástalanná: a kritikus szakemberhiány miatt bizonyos szakterületekről mára teljesen eltűntek a szakértők, lehetlenné téve a gyors tényfeltárást.⁶²

5. Záró gondolatok

Összességében kijelenthető, hogy a betegjogok magyarországi érvényesülése nem normatív, hanem implementációs válsággal küzd. A jövő jogfejlesztési és egészségpolitikai feladata elsősorban a garanciák anyagi és eljárási hátterének megteremtése. Ezen lépésekkel áthidalható a jogszabályi rendelkezések és a klinikai valóság között jelenleg tátongó szakadék.

⁶¹ Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége iránti per

⁶² DRÁVUCZ Péter: Erről kevesen tudnak: tízmilliók kártérítést is kaphatsz, ha ez történik veled az orvosnál, 2025. június 16., Pénzcentrum.hu, <https://www.penzcentrum.hu/egeszseg/20250616/errol-kevesen-tudnak-tizmillios-karteritest-is-kaphatsz-ha-ez-tortenik-veled-az-orvosnal-1180400> (letöltés ideje: 2026.01.30.)